第19号様式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 更生医療治療経過及び予定報告書  　　　　月　　　　分  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　殿  指定医療機関の名称  担当医氏名　　　　　　　　　　印  更生医療の治療経過及び予定について、下記のとおり報告する。  記 | | | |
| 更生医療券番号 |  | 患者氏名 |  |
| 治療経過の概要(請求額も併せ記入すること。) |  | | |
| 今月の治療の予定概要 |  | | |
| 医療の具体的方針及び期間の延長を求める場合は、その旨を記入する。 |  | | |
| その他 |  | | |